

Hoz, Paloma Fernández de la  
**Familienleben und Gesundheit. Europäische Betrachtungen aus der  
Perspektive sozialer Inklusion**

*Diskurs 14 (2004) 1, S. 64-71*



Quellenangabe/ Reference:

Hoz, Paloma Fernández de la: Familienleben und Gesundheit. Europäische Betrachtungen aus der Perspektive sozialer Inklusion - In: Diskurs 14 (2004) 1, S. 64-71 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-86725 - DOI: 10.25656/01:8672

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-86725>

<https://doi.org/10.25656/01:8672>

in Kooperation mit / in cooperation with:



**Deutsches  
Jugendinstitut**

[www.dji.de/diskurs](http://www.dji.de/diskurs)

#### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

#### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

# Inhalt

---

- 2 Hans Lösch  
Zu diesem Heft
- BILDUNGSKARRIEREN INS ABSEITS – AUSGRENZUNG DURCH SCHULE
- 5 Wolfgang Mack  
Bildung für alle – ausgeschlossen
- 9 Joachim Schroeder  
Offene Rechnungen Benachteiligte Kinder und Jugendliche als Herausforderung für die  
Schulentwicklung
- 18 Alfred Hössl und Andreas Vossler  
»Manchmal bin ich fix und fertig ...« Belastungen bei Bildungsprozessen in der  
Grundschule
- 28 Irene Hofman-Lun und Andrea Michel  
Schulmüdigkeit und Schulverweigerung Die Hauptschule unter Hauptverdacht
- 36 Florian Söll  
Vom Elternsprechtag zum Entwicklungsgespräch Was wir von schwedischen  
Schulen lernen können
- 45 Franziska Wächter  
»Links und rechts kann man nicht verwechseln« Zum Verständnis eines politischen  
Codes bei Jugendlichen
- 54 Claus J. Tully  
Schule und Job Vom Nacheinander zum Nebeneinander
- 64 Paloma Fernández de la Hoz  
Familienleben und Gesundheit Europäische Betrachtungen aus der Perspektive  
sozialer Inklusion
- 72 Andreas Lange und Peggy Szymenderski  
Auf Spurensuche nach dem »Neuen« in der Gesellschaft Soziologische  
Deutungsangebote zu Veränderungen in Wirtschaft, Arbeit und Medien (2. Trendbrief)

# Familienleben und Gesundheit

Paloma Fernández  
de la Hoz

Europäische Betrachtungen aus der Perspektive sozialer Inklusion<sup>1</sup>

Die Familie im Gesundheitssystem: ein Faktor zur Kostensteigerung oder zur Kostenminderung? Der Beitrag thematisiert diese Frage vor dem Hintergrund eines 2003 in Tutzing veranstalteten Seminars der Europäischen Beobachtungsstelle zur sozialen Situation, Demographie und Familie. Anhand sekundärer Quellen werden Zusammenhänge zwischen drei Elementen – Familienleben, Gesundheit, Armut und soziale Ausgrenzung – so wie sie heute in den EU-Mitgliedsländern analysiert werden, erörtert: Ausgehend von den Begriffen »soziale Inklusion« und »soziale Exklusion« werden gesellschaftliche Faktoren untersucht, welche für die Gesundheit im Familienleben konstitutiv sind. Darüber hinaus wird auf die Situation besonderer Risikofamilien eingegangen. Abschließend werden einige Schwerpunktaufgaben identifiziert, welche bei der Bestimmung und praktischen Ausrichtung von sozialen Projekten unentbehrlich sind, um Familien in ihrer Funktion als gesundheitsfördernde Instanzen zu stärken.

Gesundheit wird in der EU objektiv und auch subjektiv immer höher bewertet. Sie ist zu einem wesentlichen Indikator für Lebensqualität geworden. Die politischen Institutionen der Europäischen Union sowie der Mitgliedsländer richten ihre Gesundheitspolitik nicht nur auf die direkte Bekämpfung von Krankheit und Morbidität aus, sondern auch auf eine rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren sowie auf Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention von Krankheitsursachen. Dies verlangt nach einer eingehenden Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren sowie nach der Miteinbeziehung der Menschen, an die sich eine solche Gesundheitspolitik richtet.

## Gesundheit und »soziale Inklusion« als politische Leitwerte

Die Begriffe »soziale Inklusion« und »soziale Exklusion« sind Teil soziologischer Konzepte, die seit Ende der 1970er-Jahre allmählich in das politische Vokabular Europas Eingang gefunden haben. In den EU-Institutionen – insbesondere in der Europäischen Kommission sowie im Europarat – stehen »Inklusion« bzw. »Integration«

(und »Kohäsion«) für positive politische Ziele: »Inklusion« wird mit Lebensqualität verbunden, die in dem Maße erreicht ist, wie alle BürgerInnen eines Landes von ihren bürgerlichen, sozialen und politischen Rechten Gebrauch machen können. Soziale Inklusion impliziert mithin Teilhabe und Teilnahme am Leben der Gesellschaft, während soziale Exklusion mit Vereinsamung und dem Verlust familiärer und sozialer Netzwerke sowie mit sozialer Entwertung, Aushöhlung sozialer Rechte und manchmal auch mit dem Fehlen politischer Rechte einhergeht.

Laut der *Social Cohesion Development Division* des Europarates gibt es zwei grundlegende Typen von Indikatoren für soziale Inklusion und sozialen Zusammenhalt:

#### Objektive Indikatoren: Beziehungen und sozialer Zusammenhalt

Sozial integriert ist, wer in ein Netz von Beziehungen eingegliedert ist, das die folgenden drei Bereiche umfasst:

- Staat (politische Rechte),
- Wirtschaft, insbesondere Arbeitsmarkt (Inklusion durch (Erwerbs)arbeit),
- Zivilgesellschaft (Privatbereich, Familie, Nachbarn, Privatinitiativen).

Menschen bzw. Familien, die Gefahr laufen, sozial ausgegrenzt zu werden, sind in zumindest einen dieser drei Bereiche nur schwach eingebunden. In Gesellschaften mit einem hohen Grad an Kohäsion bewegen sich die sozialen Unterschiede – etwa beim Pro-Kopf-Einkommen, zwischen Regionen, zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen usw. – in einem erträglichen Rahmen.

#### Subjektive Indikatoren: Identifikation versus Entfremdung

Soziale Inklusion fördert das Zugehörigkeitsgefühl, d. h. sozial integrierte Menschen identifizieren sich eher mit dem Staat, in dem sie leben, und mit seinen politischen Prioritäten. Die von sozialer Ausgrenzung bedrohten Menschen neigen dagegen zu einer skeptischen Haltung gegenüber der Gesellschaft sowie deren politischen Einrichtungen. Deshalb sind prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen ein tiefgreifendes Problem für den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft (Gallie/Paugam 2002, S. 128).

»Soziale Inklusion« und »soziale Ausgrenzung« sind nach wie vor umstrittene soziologische Begriffe. Aus methodischer Sicht aber gibt es heute in den EU-Mitgliedsstaaten WissenschaftlerInnen und Institutionen (z. B. die *Exclusion Unit* in Großbritannien und den GESEIS in Spanien) sowie Nicht-Regierungs-Institutionen (EAPN), die sich

darum bemühen, den Begriff der »sozialen Ausgrenzung« empirisch genauer zu bestimmen. Dabei kommt es zu bedeutsamen Konvergenzkriterien. Und da Armut nicht nur materielle und ökonomische Dimensionen aufweist, wird versucht, Verarmungs- und Deprivationsprozesse – zu denen auch die Beeinträchtigung der Gesundheit zählt – zusätzlich über andere biografische und soziale Faktoren zu erfassen, um ihre Dynamik zu ergründen.

Die Erklärungen sind aufgrund der Vielzahl der zu berücksichtigenden biologischen und sozialen Faktoren umstritten. Aus soziologischer Perspektive ist allerdings klar, dass eine Korrelation zwischen Armut und sozialer Ausgrenzung einerseits und der Beeinträchtigung der Gesundheit andererseits besteht (Defizitansatz). So spiegelt der Gesundheitszustand zum Teil auch die Lebensbedingungen wider (Europäische Kommission 2003, S. 67).

Es wäre aber falsch, die erwähnten Zusammenhänge als eine Art »Überbleibsel« chronischer Armutserscheinungen zu sehen. Trotz eindeutiger Fortschritte zeigt sich heute überall in Europa eine Tendenz zur Polarisierung der Gesundheitschancen. Unterschiede gibt es nicht nur zwischen den einzelnen Ländern, sondern vor allem auch innerhalb derselben, was deutlich auf Prozesse von regionaler Ausgrenzung hinweist.

Auf der Suche nach Erklärungen für Zusammenhänge zwischen sozialer »Inklusion« bzw. »Exklusion« und Gesundheit sind zunächst vier Gruppen von Faktoren zu unterscheiden:

- *Verhältnisse*, d. h. strukturelle Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben: z. B. Zugang zu öffentlichen oder privaten medizinischen Einrichtungen

oder Situation am Wohnungs- oder Arbeitsmarkt. Aus der Perspektive der Familiensoziologie ist dabei die Frage nach der sozialen »Vererbung« der Armut wichtig.

- *Verhaltensweisen*, d. h. die vielfältigen Muster, nach denen Menschen handeln und reagieren. Dazu zählen Lebensstil, Ess- und Hygienegewohnheiten, Körperpflege und Sport, Konsum von Alkohol, Tabak usw. Hier ist die Familie als Institution ausschlaggebend, da sie Kompetenzen und Gewohnheiten trainiert und weitergibt.
- *Subjektive Befindlichkeit*, d. h. wie sich Menschen selbst erleben, ihr Grad an Zufriedenheit oder Frustration, ihr Grad an Sicherheit oder Unsicherheit, ob sie sich von ihren Beziehungen und ihrem Alltagsleben herausgefordert oder überfordert fühlen. Diese Fragen sind im Hinblick auf die Gesundheit sowie die Reaktion auf soziale Deprivation wichtig. In diesem Kontext ist sozialpsychologisches Wissen unentbehrlich.
- *Kultur*, d. h. die Vorstellungen und Mentalitäten, die auch die weitere Entwicklung von sozialen Strukturen, Verhaltensweisen sowie die eigene Bewertung der persönlichen und familiären Situation beeinflussen. Sie wurzeln nicht nur in nationalen Traditionen, sondern auch in kollektiven sozialen und symbolischen (u. a. ideologischen) Erfahrungen. So wurde etwa unter von Ausgrenzung bedrohten Familien eine »Kultur des Wesentlichen« (*cultura dell' essenzialità*) empirisch nachgewiesen (Pieretti 1996, S. 37–64). Die Kultur darf allerdings nicht als statischer und isolierter Faktor gesehen werden, da sie unterschiedliche Wirkungstempi aufweist: Neben dem dauerhaften Einfluss von kollektiven Vorstellungen (z. B. hinsichtlich der Geschlechterrollen) zeigt sich oft auch eine erstaunliche Elastizität von Werten und Einstellungen. Familien etwa, die mit Migration, der Trennung von Partnern, Erwerbslosigkeit und Erkrankung konfrontiert sind, gelingt es häufig, familiäre Dimensionen wie Geschlechterrollen, Altersstatus, Aufgaben und Verantwortungsbe- reiche ihrer Mitglieder neu zu definieren.

Tendenziell bestärken diese Faktorenbündel einander wechselseitig. Nicht alle der Faktoren besitzen jedoch den gleichen Stellenwert. Mittlerweile gibt es ausreichende Belege dafür, dass die Gesundheit der Menschen von ihren sozialen Verhältnissen geprägt wird und nicht primär aus individuellen Verhaltensweisen resultiert, selbst wenn

diese eine wichtige Rolle dabei spielen. Dass es Zusammenhänge zwischen sozialen Verhältnissen und subjektiver Befindlichkeit gibt, zeigt sich deutlich bei Untersuchungen von »Risikofamilien« wie etwa Arbeitslosen oder Alleinerziehenden. Gesundheit ist im Familienleben also nicht nur die Folge sozialer Verhältnisse, sondern auch ihr Reproduktionsfaktor.

Bislang wissen wir allerdings noch wenig über die Gründe, »warum der Gesundheitszustand mit abnehmendem sozioökonomischem Status in der Regel schlechter wird« (Pochobradsky 2001, S. 65) oder warum gewisse Lebensbedingungen bei einigen (wenigen) Familien gravierende Gesundheits- und Beziehungsprobleme verursachen und bei anderen nicht (Schnabel 2001, S. 100). Ähnliches gilt für Zusammenhänge zwischen verschiedenen Lebensstilen und Gesundheit. Für diese »explorative Fragestellung«, für die »noch keine empirischen Ergebnisse« vorliegen, sind v. a. die Kategorien Geschlecht und Alter hinsichtlich des Familienlebens von großer Bedeutung (Jungbauer-Gans 2002, S. 43).

### Familienleben, soziale Schicht und Gesundheitsstatus

Die Zusammenhänge zwischen »sozialer Inklusion« und Gesundheit sind in demografischen und epidemiologischen Studien Europas vielfach untersucht worden. Dabei gibt es eine positive Korrelation zwischen durchschnittlicher Lebenserwartung und Pro-Kopf-Einkommen, die sich innerhalb des Nord-Süd-Gefälles der EU-Mitgliedstaaten manifestiert. Ein hohes Bildungsniveau trägt zwar zur Verbesserung der Gesundheit bei, kann allerdings nicht immer schlechten ökonomischen Lebensbedingungen entgegenwirken, wie sich in den mittel- und osteuropäischen Ländern in ihrer aktuellen Umbruchphase zeigt (Riedl 2000, S. 131, 133).

Auch Verbindungen zwischen Familienstand und Gesundheit wurden untersucht. Dabei zeigt sich, dass Verheiratetsein und in einer Familie zu leben, die Lebenserwartungen sowohl von Frauen als auch von Männern erhöht (Schnabel 2001, S. 77). Der Gesundheitszustand geschiedener Frauen erweist sich als durchschnittlich

**Ein hohes Bildungsniveau trägt zwar zur Verbesserung der Gesundheit bei, kann allerdings nicht immer schlechten ökonomischen Lebensbedingungen entgegenwirken.**

schlechter als der von verheirateten Frauen, da Erstere oft psychische Probleme haben – sei es als Ursache oder Folge der Scheidung.

#### Stressfaktoren im Familienleben

Zusammenhänge zwischen Armutskarrieren und der Qualität des Familienlebens sind mittlerweile gut belegt. 1998 wurde im Endbericht des »Human Dignity and Social Exclusion«-Projekts (Duffy 1998) auf strategische Bereiche hingewiesen, in denen sich soziale Ausgrenzungsprozesse besonders deutlich zeigen: Gesundheit, Arbeit, soziale Sicherung, Bildung und Wohnen. Hier lässt sich eine enge Wechselbeziehung zwischen den Faktoren beobachten, die soziale Ausgrenzung begünstigen. Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und der Lebensqualität der Familien.

#### Fragile Familientypen von Risikogruppen

Familien aus »Risikogruppen« haben häufiger – wie etwa bei Arbeitslosigkeit – an ihrer ökonomischen Situation zu leiden, was oft gesundheitliche Probleme und Konflikte im Familienalltag zur Folge hat. Umgekehrt kann aber auch ein innerfamiliärer Konflikt oder ein gesundheitliches Problem eines Familienmitglieds eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation bewirken. »Risikofamilien« scheinen in einem prekären Gleichgewicht zu leben. Wenn das tragende Gefüge der Familie überlastet wird, können seine Pfeiler umfallen (Avalosse / Feltess 1997, S. 76).

Schnabel unterscheidet für Deutschland fünf Typen von »Risikofamilien«, die besonderen wirtschaftlichen und psychosozialen Grundrisiken ausgesetzt sind. (2001, S. 80) Von diesen fünf Familientypen zählen zwei (»AlleinerzieherInnenfamilien« sowie »Familien mit mehr als zwei Kindern«) zu den zentralen Risikogruppen, d. h. zu jenen Familientypen, die in Europa von Verarmung

und Ausgrenzung bedroht sind, auch wenn es maßgebliche länderspezifische Unterschiede gibt (Caritas Europa 2002, S. 9). Familien, deren soziale Lage schwierig ist, stehen allgemein an der Armutsschwelle. Nur die beiden verbleibenden Typen (»Stieffamilien« sowie »unverheiratet zusammenlebende Familien mit Kindern«) scheinen nicht direkt mit Armutsproblemen konfrontiert zu sein. Doch auch bei ihnen kann es zu einer Kumulation ungünstiger Lebensbedingungen kommen, wobei ihre Vulnerabilität v. a. im Mangel an innerem Zusammenhalt liegt.

Ausschlaggebend ist, dass die Situation dieser Familien fragiler wird, wenn weitere Faktoren ins Spiel kommen, die mit ihren materiellen Lebensbedingungen (Arbeitslosigkeit), ihrer sozialen Position (Migranten) oder dem Familienleben (wechselnde Partnerverbindungen) in Verbindung stehen.

#### Spezifische Probleme von Migrantenfamilien

Einwanderung zählt heute zu jenen Faktoren, die in den EU-Mitgliedstaaten »deutlich das Risiko von Armut und sozialer Ausgrenzung erhöhen« (Europäische Kommission 2001, S. 7). Dies erzeugt Lebensbedingungen, in deren Rahmen oft unterdurchschnittliche Gesundheitsstandards vorherrschen, sowie Lebensbiografien, die von Belastungs- und Stressfaktoren auf verschiedenen Ebenen geprägt sind.

Die berufliche Tätigkeit spielt eine große Rolle bei der Gesundheit von MigrantInnen. Insbesondere Männer, die in Branchen beschäftigt werden, in denen sie hohen körperlichen Belastungen und einem hohen Arbeitsunfallrisiko ausgesetzt sind, sind vielfachen Krankheitsgefahren ausgesetzt. Darüber hinaus sind MigrantInnen in der Schattenwirtschaft oder mit atypischen Beschäftigungsformen im Falle von Krankheit unzureichend geschützt.

Bei Migrantenfamilien spielen auch Sprache und Kultur im Zusammenhang mit ihrer Gesunderhaltung oft eine wesentliche Rolle (Pochobradsky et al. 2001, S. 28 f.).

Im Zuge der Migration kann es darüber hinaus zu spezifischen Belastungen kommen. Einige dieser Störungen – z. B. aufgrund traumatischer Kriegserfahrungen – manifestieren sich in der ersten Zeit nach der Immigration. Manchmal kommt es aber auch zu psychischen Erkrankungsprozessen, die sich erst später herauskristallisieren. Die besonderen sozialen Umstände der Umsiedlung oder Flucht können zu Überforderung, Enttäuschung und Ängsten führen, die als Indikatoren für misslungene Integration zu fassen sind.

Noch andere objektive und subjektive Faktoren spielen im Leben von Migrantenfamilien eine Rolle, die ebenfalls das Leben anderer von Armut und Ausgrenzung bedrohter Familien prägen. Zu den objektiven Faktoren zählen v. a. die Wohnverhältnisse. Dabei erscheinen die Kinder als primär Betroffene. Schlechte Wohnverhältnisse können die Gesundheit der Familien aus zwei Gründen beeinträchtigen:

- weil z. B. die Bausubstanz und die Umgebung ungesund sind (feucht, schmutzig, chemisch belastet) oder
- weil die regionale Ausgrenzung indirekt Gesundheitsrisiken in sich birgt (Gegenden und Regionen mit mangelnden Dienstleistungen und schlechter Infrastruktur).

#### Erwerbslosigkeit als zweifache Bedrohung

Im Hinblick auf diese Familien ist wiederholt auf die doppelte Dimension der Arbeitslosigkeit als wirtschaftliche und psychische Bedrohung hingewiesen worden, die

sich aufgrund der materiellen und symbolischen Bedeutung von Arbeit sowie ihrer Relevanz für »soziale Inklusion« ergibt. Der dauerhafte Verlust von Erwerbsarbeit führt zu Selbstwertstörungen bei den Betroffenen und zu zentralen Verunsicherungen bei ihren Kindern. Diese verstärken sich noch, wenn die Ehepartner untereinander und mit den Kindern wenig und/oder konflikthaft kommunizieren. Innerfamiliäre Gewalt und Selbstzerstörung treten bei diesen Familien überproportional häufig auf.

In Europa herrscht heute Konsens darüber, dass dauerhafte Erwerbslosigkeit negative psychosoziale und gesundheitliche Konsequenzen hat. Unbekannt ist hingegen, ob und inwieweit bestimmte Gruppen – etwa ältere Arbeitnehmer, Jugendliche oder Frauen – spezifische Beeinträchtigungen erleiden oder Chancenstrukturen zu nutzen verstehen. Diese drei Gruppen erweisen sich in Längsschnittstudien als besonders betroffen (Wiederschwinger et al. 1992). Auch ist wenig über die unterschiedliche Auswirkung der elterlichen Erwerbslosigkeit auf die Kinder (Mädchen und Jungen) bekannt. Interessanterweise finden sich in deutschen Untersuchungen Hinweise auf eine stärkere Betroffenheit bei den Mädchen (Reinbold 1985, S. 36–46), während in anderen europäischen Ländern die Jungen stärker psychisch belastet scheinen (Christoffersen 2000, S. 42).

#### Alleinerziehende – Konvergenz unterschiedlicher Probleme

Monoparentale Familien lassen sich an eindeutigen sozioökonomischen Charakteristika erkennen, auch wenn sie im Prinzip eine heterogene Gruppe darstellen. 84 % der Alleinerziehenden sind Frauen; die meisten von ihnen haben Scheidungen oder Trennungen von ihren Partnern erlebt. Mehr als ein Drittel der monoparentalen Familien verfügt über ein niedriges Einkommen oder bezieht Sozialhilfe (Europäische Kommission 2002, S. 92).

Alleinerziehende und ihre Kinder erhalten häufiger als andere Eltern Sozialhilfe. Ihr Lebensstandard ist niedriger als der Durchschnitt und liegt in Großbritannien sogar unter 40 % (Chambaz 2000, S. 2–7). Dies erklärt sich aus ihrer vergleichsweise schwachen Position am Arbeitsmarkt. Sie sind stärker von Erwerbslosigkeit bedroht, weniger gebildet und übernehmen häufiger Teilzeitbeschäftigungen (Bradbury et al. 2000). Darüber hinaus können viele Alleinerziehende auf keine weitergehende familiäre Unterstützung zählen.

Der häufig in diesen Familien herrschende Stress resultiert aus diesen Lebensbedingungen sowie aus der Notwendigkeit, einer

**Familien fungieren nicht nur als »Resonanzboden« sozialer Probleme, sondern auch als »Labor«, in dem neue Lebensweisen ausprobiert werden können.**

Erwerbsarbeit nachzugehen, die für den Unterhalt der Kinder ausreicht und deren Betreuung gewährleistet. Die Überforderung ist nicht nur quantitativ (d. h. in Bezug auf die zu erledigenden Aufgaben), sondern auch qualitativ: Oft müssen Alleinerzieherinnen in neue Familienrollen schlüpfen, auf die sie nicht vorbereitet sind.

Wie Alleinerziehende diese Hürden überwinden, scheint stark von ihren persönlichen Ressourcen, ihrer sozialen Unterstützung sowie von kulturellen und strukturellen Rahmenbedingungen ihres Landes abzuhängen (Strell 1999, S. 27).

**Lösungskompetenzen und Beziehungsnetzwerke**  
Je größer die sozialen Probleme sind, mit denen Familien konfrontiert werden, desto stärker sind die Lösungskompetenzen ihrer Mitglieder gefragt sowie Hilfen erforderlich, die von außen (von Verwandten, Nachbarn, der Zivilgesellschaft, den Behörden) geleistet werden; je weniger anpassungsfähig sie sind, desto mehr steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ihre sozialen Probleme wachsen und es zu einer Beeinträchtigung ihrer Gesundheit – v. a. zu psychischen Störungen – kommt. Je fähiger die Familienmitglieder sind, passende Lösungskompetenzen zu entwickeln, desto wahrscheinlicher sind auch Unterstützungen von außen, die wiederum den Betroffenen dabei helfen, weitere Lösungskompetenzen zu entwickeln. Umgekehrt kommt es oft zu einem Teufelskreis zwischen dem Unvermögen, die Probleme innerhalb und außerhalb der Familie zu überwinden, und der Zunahme sozialer Isolation. Dies zeigt sich besonders deutlich bei allein stehenden Männern: Kombiniert mit Armut, führen Einsamkeit und Mangel an familialen Kontakten zu weiterer Vereinsamung und – mit fortschreitender Dauer – auch zu einem Verlust sozialer Kompetenzen, Alkoholismus und Verwahrlosung (Wallner-Ewald 1999, S. 89).

Bei Familien, die von dauerhafter Erwerbslosigkeit der Hauptverdiener betroffenen sind, zeigen sich solche Entwicklungen besonders deutlich. Das beobachtete Phänomen des Rückzugs aus der Öffentlichkeit steht in engem Zusammenhang mit diesen Verunsicherungen sowie mit der Angst, vom sozialen Leben ausgeschlos-

sen zu sein. Diese Vereinsamung hängt nicht allein von den sozial-ökologischen Umständen ab, sondern ist auf die defizitäre Kommunikation der betroffenen Familien mit Außenstehenden zurückzuführen: In Großstädten fühlen sich Familien meist isolierter, andere wiederum freier als in ländlichen Regionen. Die auf dem Land oftmals gegebene soziale Nähe zu Nachbarn wird von manchen als Unterstützung, von anderen hingegen als Kontrolle oder Einmischung erlebt (Jansche-Isenberger / Rieden 1991, S. 90–96).

Dies unterstreicht auch die Bedeutung der sozialen (Selbst-)Wahrnehmung für Armut und soziale Ausgrenzung. Für Familien, die damit konfrontiert werden, macht es einen Unterschied, ob sie im Kontext einer weit verbreiteten »integrierten Armut« leben oder in einem Milieu, in dem Armut eher als etwas Seltenes wahrgenommen wird. Die daraus resultierenden Gesundheitsprobleme sind jeweils unterschiedlich. Im ersten Fall sind Familien eher mit struktureller Benachteiligung, im zweiten eher mit sozialer Stigmatisierung konfrontiert, was tendenziell Unsicherheitsgefühle, Entfremdung und Isolierung fördert und psychische Belastungen mit sich bringen kann.

Dies hat dazu geführt, dass die Rolle der Kommunikation im Familienleben – konkret im Zusammenhang mit Inklusions- bzw. Ausgrenzungsprozessen sowie mit Gesundheit – theoretisch weiter vertieft worden ist. Als Resultat lässt sich festhalten, dass Kommunikation bei Gesundheitsproblemen einen »Puffereffekt« besitzt, der sich in einer Fülle von Schutzmechanismen zeigt (Jungbauer-Gans 2002, S. 31–41; 57–101).

## **Die Relevanz des Zeitfaktors**

Der Faktor Zeit spielt eine zentrale Rolle bei Verarmungs- und Ausgrenzungsprozessen im Zusammenhang mit Gesundheit und Familienleben. In dreierlei Hinsicht ist er besonders wichtig:

### **– Im Leben der Betroffenen**

Dauerhafte Armut und soziale Ausgrenzung tendieren dazu, sich zu verfestigen, was sich etwa bei Familien von Langzeitarbeitslosen deutlich zeigt. So geht z. B. aus einer dänischen Längsschnittstudie hervor, dass Menschen, die über längere Zeit arbeitslos sind, häufig mit (Ehe)Partnern leben, die ebenfalls keine Stelle haben (Christoffersen



2000, S. 42 f.). Diese familiäre Konstellation verweist auf Prozesse der Befestigung von Armut und sozialer Ausgrenzung und trägt dazu bei, die soziale »Vererbung der Armut« über Generationen hinweg festzuschreiben (Avalosse / Feltesse 1997, S. 72 / Bradbury et al. 2000).

#### – In der Entwicklung eines Landes

Das französische *Hohe Komitee der öffentlichen Gesundheit* hat 1997 eine Tendenz zur Polarisierung der Gesundheitschancen in Frankreich festgestellt und von einer ähnlichen Entwicklung in Großbritannien berichtet. Diese Entwicklung wird insofern äußerst negativ beurteilt, da insbesondere die Lage der jüngeren Generationen prekär ist, weil vielfache Risiken der Verschlechterung ihrer Gesundheitsstandards bestehen (Haut Comité de la Santé Publique 1998, S. 14–25). Dieser Trend wird als Gefahr nicht nur für die direkt Betroffenen, sondern mittelfristig auch für die Gesundheitsstandards sowie für den sozialen Zusammenhalt der französischen Gesellschaft gesehen.

#### – In der sozialen Wahrnehmung von Armut und Ausgrenzung

Über die Zeit ändern sich nicht nur das Ausmaß und die Formen von Armut und sozialer Ausgrenzung, sondern auch die Art und Weise, wie diese Phänomene in einer Gesellschaft wahrgenommen und bewertet werden. Extreme Armut scheint sich in den Wohlfahrtsstaaten der EU zwar zu verringern, doch nimmt auch das Verständnis für sozial schwächere Menschen ab und dies umso mehr, je älter sie sind. Umgekehrt aber schwindet auch die offene Haltung gegenüber den Bedürfnissen jüngerer Menschen bei älteren Menschen, die deutlich dem Risiko einer Isolierung ausgesetzt sind (Gallie / Paugam 2002, S. 30, 41).

### Familien und deren Gesundheit fördern

Aus den oben dargelegten Entwicklungstendenzen folgt, dass es notwendig und sinnvoll ist, Familien im Blick auf die Gesundheit ihrer Mitglieder zu fördern. Dabei gilt es, drei bedeutende Aspekte zu berücksichtigen: das Potenzial der Familien, das Gefüge von Faktoren, die bei Gesundheits-

konzepten wichtig sind, und einige Richtlinien bei der Durchsetzung von kommunalen Gesundheitsprojekten.

#### Das Potenzial der Familien stärken

Tendenziell schützen Familien und primäre Beziehungsnetzwerke vor sozialer Ausgrenzung. Sie spielen auch bei der Bekämpfung von Krankheiten sowie bei der Pflege von und der Sorge um Menschen mit beeinträchtigter Gesundheit eine bedeutende Rolle. Sie leisten emotionale Unterstützung und vermitteln ein Netz von weiteren Beziehungen. Dies hilft bei der Bewältigung von Belastungen, bei denen die Gesundheit eines Mitglieds geschwächt oder durch Krankheit bedroht ist.

Familien fungieren nicht nur als »Resonanzboden« sozialer Probleme, sondern auch als »Labor«, in dem neue Lebensweisen ausprobiert werden können. Sie erweisen sich bei veränderten sozialen Rahmenbedingungen als anpassungsfähig. Ein Großteil dieser Schutzkraft wird aufgrund der gravierenden gesellschaftlichen Änderungen voraussichtlich unterminiert und ausgehöhlt. Die sozialpolitische Unterstützung von Familien erhält daher eine besondere Dringlichkeit.

#### Wichtige Kontextfaktoren berücksichtigen

Öffentliche Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Familien sollten aber nicht als Einzelmaßnahmen konzipiert werden, sondern nach gut durchdachten Leitkonzepten gestaltet sein, bei denen Faktoren mit berücksichtigt werden, die soziale »Exklusion« und Gesundheitsrisiken nach sich ziehen:

- Strukturelle Faktoren: Wohnen, regionale Infrastruktur, Arbeitsmarkt, Sozialpolitik, soziale und politische Rechte
- Persönliche Faktoren: Biografie, eigene Ressourcen, Familiensituation, Alter, Ausbildung, Wohnumfeld
- Psycho-kulturelle Faktoren: Selbstwahrnehmung der eigenen Lage, implizite oder explizite Geschlechterrollen in der Familie und im eigenen sozialen Kontext

#### Kommunale Leitbilder vorgeben

Ungeachtet der Bedeutung anderer Interventionsebenen zeigt sich die Gemeinde als ein strategischer Ort, an dem Leitbilder und Projekte zur Förderung der Gesundheit

von Familien in die Tat umgesetzt werden. Ihr sozialer Raum ist überschaubar und erlebnisnah.

Die Erfahrung zeigt, dass gute, solide Leitbilder zunächst eine Entstehungsphase brauchen, in der das soziale Umfeld der Familien eingehend untersucht wird (Bedürfnisse, Ressourcen, Wahrnehmung von Handlungsgrenzen). Dies impliziert Explorationsarbeit (Untersuchungen) sowie Kommunikations- und Austauschprozesse mit ausgewählten Familien und Einrichtungen, die diese vertreten oder mit ihnen arbeiten.

Es gibt nicht »das« gute Leitbild. Qualität und Wirksamkeit der Interventionen hängen von folgenden Faktoren ab:

- einem deutlichen und expliziten Konzept, anhand dessen die Ziele klar definiert werden und Auswertungsprozesse möglich sind;
- einer guten Analyse des Umfelds (Definition des Problems und der – rechtlichen und ökonomischen – Handlungsmöglichkeiten und -grenzen der Gemeinde, Erkennung des sozialen Umfelds);
- präventiver Orientierung: Gesundheitsförderung und Vorbeugung von Krankheitsursachen;
- der Schaffung einer breiten Basis von politischem Konsens und sozialer Akzeptanz, die bewirkt, dass Leitbilder durch Gruppen und ihre Mitglieder getragen werden.

Auf laufende Aktivitäten zu bauen, ermöglicht bessere Diagnosen und erspart Kosten. In jeder Stadt gibt es Vereine oder Institutionen mit gewisser Erfahrung und Kompetenzen in Bereichen, die das Familienleben und die Gesundheit betreffen. Familien und ihre Mitglieder sind die ersten Interessenten an der eigenen Gesundheit und verfügen über eigene Erfahrungen und Kompetenzen im Blick auf ihre Erhaltung oder Wiederherstellung. Daher gilt es, diese Kompetenzen so gut wie möglich in Projekte mit einzubeziehen.

Heute liegen die Antworten auf eine erfolgreiche Gesundheitspolitik nicht nur im konventionellen Medizinsystem – so unentbehrlich dieses auch immer ist –, sondern auch in Maßnahmen, die im Alltag der BürgerInnen aufgrund ihrer eigenen Teilhabe verankert sind. So werden aus »Patienten« handelnde Subjekte, deren Initiative und Partizipation bei der Durchsetzung präventiver und gesundheitsfördernder politischer Maßnahmen große Bedeutung zukommt. —

## Anmerkungen

- 1 Eine genauere Bestimmung der beiden Begriffe findet sich in Fernández de la Hoz (2002, S. 14–17) sowie deren Vortrag zu dem Seminar »Die Familie im Gesundheitssystem: Ein Faktor zur Kostensteigerung oder zur Kostenminderung?« der Europäischen Beobachtungsstelle zur sozialen Situation, Demographie und Familie in Tübingen/Deutschland, 20.–22. Juni 2003. Der vorliegende Beitrag ist eine überarbeitete Fassung dieses Vortrags. Die Langfassung ist im Internet zugänglich unter: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/family/observatory/home.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/family/observatory/home.html)

## Literatur

- Avalosse, Hervé/Feltesse, Patrick:** Inégalités sociales dans le domaine de la santé. In: M. L. de Keersmaecker (Hrsg.): Les inégalités sociales en Belgique. Brüssel 1997, S. 61–79
- Bradbury, Bruce et al.:** Child poverty dynamics in seven nations. Essex 2000, Arbeitspapier 39
- Caritas Europa:** Bericht über die Armut in Europa. Brüssel 2002
- Chambaz, Christine:** Les familles monoparentales en Europe: des réalités multiples. In: Études et résultats, Juni 2000 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er066.pdf>: 1.10.2002)
- Christoffersen, Mogens:** Aufwachsen mit Arbeitslosigkeit. In: Europäisches Regionalkomitee der Weltfamilienorganisation (Hrsg.): Familien in Europa. Bonn 2000, S. 38–45
- Duffy, Katherine:** Projet Dignité humaine et exclusion sociale – Opportunité et risques: les tendances de l'exclusion sociale en Europe. Rapport final (avril 1998) (<http://social.coe.int/fr/cohesion/strategie/debats/HDSE/rfsomm.htm>: 1.1.2001)
- Europäische Kommission:** Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Entwurf zum Bericht über die soziale Eingliederung: Teil I – Die Europäische Union. COM (2001) 565 final. Brüssel 2001
- Europäische Kommission:** Die soziale Lage in der Europäischen Union 2002. Luxemburg 2002
- Europäische Kommission:** Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003. Luxemburg 2003
- EUROSTAT:** La situation sociale dans l'Union Européenne. Luxemburg 2000
- Fernández de la Hoz, Paloma:** Familias et exclusion sociale dans l'Union européenne. Sujets de débats, voies de convergence, questions pendantes. Wien 2002, Materialsammlung
- Gallie, Duncan / Pangam, Serge:** Soziale Prekarität und soziale Integration. Bericht für die Europäische Kommission. Generaldirektion Beschäftigung. Eurobarometer 56.1. Brüssel 2002
- Haut comité de la santé publique:** La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes 1998
- Jansche-Isenberger, Sigrid / Rieden, Elisabeth:** Frauen erforschen Frauenarbeitslosigkeit in Kärnten. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Leben ohne Arbeit. Wien 1991, S. 1–122
- Jungbauer-Gans, Monika:** Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit. Darmstadt 2002
- Pieretti, Giovanni:** Per una 'teoria di medio raggio' sulle povertà moderne. In: P. Guidicini / G. Pieretti (Hrsg.): Le radici dell'impoverimento. Tessuto sociale, famiglia e povertà a Bologna negli anni 90. Milano 1996, S. 37–64
- Pochobradsky, Elisabeth et al.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen. Wien 2001
- Reinbold, Brigitte:** Arbeitslosigkeit von Mädchen: ein Randproblem der Jugendberufsnot? In: Psychosozial 27, 1985, 8, S. 36–46
- Riedl, Monika:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Wirtschaft und Gesellschaft 26, 2000, S. 119–135
- Schnabel, Peter-Ernst:** Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. München 2001
- Strell, Monika:** The housing situation of lone-mother families: Austria and Finland in a cross-national perspective. Mainz 1999, Arbeitspapier Nr. 2
- Wallner-Ewald, Stefan:** Leben am Rand des Sozialsystems. Die Klientinnen und Klienten der Sozialberatungsstellen der Caritas Österreich, Julius-Raab-Stiftung. Wien 1999
- Wiederschwinger, Margit et al.:** Veränderung der ökonomischen und familialen Situation von Arbeitslosen-Haushalten im Verlauf der Arbeitslosigkeit. Endbericht. Wien 1992, fotokopierter Forschungsbericht